



ESTADO DE SÃO PAULO
CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE
DA REGIÃO DE FERNANDÓPOLIS – CISARF
EDITAL DO CONCURSO PÚBLICO N.º 001,
DE 17 DE OUTUBRO DE 2024



ANEXO VI
FORMULÁRIOS

Orientações gerais: Os formulários são partes obrigatórias para todas as solicitações editalícias. O não envio do formulário com pedido formal do candidato pode resultar em indeferimento da solicitação, independente do tipo.

Os formulários de requisição administrativas considerados obrigatórios são:

- I. Formulário de requerimento para solicitação de isenção de taxa de inscrição; e
- II. Formulário de declaração de solicitação de atendimento diferenciado – atendimento especial, pessoa com deficiência, lactante, gestante e pessoa transgênera).

Conforme edital do certame, a banca examinadora constitui única instância para recurso, sendo soberana em suas decisões, razão pela qual não caberão recursos adicionais.



ESTADO DE SÃO PAULO
CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE
DA REGIÃO DE FERNANDÓPOLIS – CISARF
EDITAL DO CONCURSO PÚBLICO N.º 001,
DE 17 DE OUTUBRO DE 2024



FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DE TAXA DE INSCRIÇÃO

Eu, _____, candidato(a) ao cargo _____, Cód. _____, apresento e declaro ser de minha exclusiva responsabilidade a apresentação dos documentos anexos. Estes são verdadeiros e válidos na forma da Lei, sendo comprovados conforme Edital do certame para fins de isenção do pagamento da Taxa de Inscrição no Concurso Público do CISARF.

Por ser expressão da verdade.

Pede deferimento.

_____ - _____, _____ de 2024.

CANDIDATO(A)

CPF: _____

**FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO
DIFERENCIADO – ATENDIMENTO ESPECIAL, PESSOA COM DEFICIÊNCIA, LACTANTE,
GESTANTE E PESSOA TRANSGÊNERA**

Nome completo do solicitante:

Número da identidade:

Número do CPF:

Emprego:

Telefone:

1. Candidato(a) necessita de atendimento especial

Se sim:

Intérprete de libras

Ledor

Mesa para cadeirante

Prova com fonte ampliada (fonte tamanho 24)

Sala de fácil acesso (andar térreo com rampa)

Tempo adicional (uma hora a mais de prova)

Transcritor

Uso de prótese auditiva

Prova prática, especificar:

Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>

2. Candidato(a) possui deficiência

Se sim:

Especifique a deficiência:

N.º do CID:

Nome do médico que assina do Laudo:

N.º do CRM:

Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

4. Candidata é lactante

Obrigatório envio de documentos conforme edital

Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

5. Candidata é gestante

Obrigatório envio de documentos conforme edital

Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------



ESTADO DE SÃO PAULO
CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE
DA REGIÃO DE FERNANDÓPOLIS – CISARF
EDITAL DO CONCURSO PÚBLICO N.º 001,
DE 17 DE OUTUBRO DE 2024



Obrigatório envio de documentos conforme edital
6. **Pessoa transgênero**

Não

Sim

Obrigatório envio de documentos conforme edital

Por ser expressão da verdade.

Pede deferimento.

_____ - _____, _____ de 2024.

CANDIDATO(A)

CPF: _____
